



**ATENÇÃO DOMICILIAR AO IDOSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
PERSPECTIVAS SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO**
**HOME CARE FOR THE ELDERLY IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: PERSPECTIVES ON
THE CARE ORGANIZATION**

**ATENCIÓN DOMICILIARIA A LOS ANCIANOS EN LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA:
PERSPECTIVAS SOBRE LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN**

Emanoel Avelar Muniz¹, Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas², Eliany Nazaré Oliveira³, Maria Ribeiro Lacerda⁴

RESUMO

Objetivo: analisar a organização do cuidado na Atenção Domiciliar da Estratégia Saúde da Família a partir das perspectivas dos idosos e profissionais. **Método:** estudo exploratório, de abordagem quanti-qualitativa, com a participação de 28 profissionais e 62 idosos. A coleta de dados se deu pela entrevista semiestruturada e grupo focal. A análise utilizou a estatística descritiva e a codificação temática. **Resultados:** as características e forma de organização do cuidado não determinam uma AD sistemática que contemple as necessidades dos idosos integralmente. **Conclusão:** é importante sensibilizar os profissionais e gestores da Estratégia Saúde da Família sobre as especificidades da Atenção Domiciliar para qualificação dos cuidados. **Descritores:** Assistência Domiciliar; Saúde do Idoso; Estratégia Saúde da Família; Cuidadores; Pessoal de Saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze the care organization in the Home Care of the Family Health Strategy from the perspectives of the elderly and professionals. **Method:** exploratory study, with a quantitative-qualitative approach, with the participation of 28 professionals and 62 elderly people. Data collection was done through the semi-structured interview and focus group. The analysis used descriptive statistics and thematic coding. **Results:** the characteristics and form of care organization do not determine a systematic HC that fully addresses the elderly's needs. **Conclusion:** it is important to sensitize professionals and managers of the Family Health Strategy on the specificities of Home Care for qualification of care. **Descriptors:** Home Care; Elderly's Health; Family Health Strategy; Caregivers; Health Personnel.

RESUMEN

Objetivo: analizar la organización de la atención en la Atención Domiciliar de la Estrategia Salud de la Familia desde la perspectiva de los ancianos y profesionales. **Método:** estudio exploratorio, de enfoque cuantitativo y cualitativo, con la participación de 28 profesionales y 62 ancianos. La recolección de datos se realizó a través de la entrevista semi-estructurada y grupo focal. El análisis utilizó la estadística descriptiva y la codificación temática. **Resultados:** las características y la forma de organización de la atención no determinan una AD sistemática que responda a las necesidades de los ancianos totalmente. **Conclusión:** es importante sensibilizar a los profesionales y gestores de la Estrategia Salud de la Familia en los aspectos específicos de atención a domicilio para la calificación de la atención. **Descritores:** Atención Domiciliar de Salud; Salud del Anciano; Estrategia de Salud Familiar; Cuidadores; Personal de Salud.

¹Enfermeiro, Mestre em Saúde da Família, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará/IFCE - Campus Tianguá. Tianguá (CE), Brasil. E-mail: emanoelavelar@gmail.com; ²Enfermeira, Professora Doutora (Pós-Doutora em Enfermagem), Curso de Enfermagem, Universidade Estadual Vale do Acaraú/UVA, Mestrado Acadêmico em Saúde da Família/MASF, Campus Sobral. Sobral (CE), Brasil. E-mail: cibellyaliny@gmail.com; ³Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Curso de Enfermagem, Universidade Estadual Vale do Acaraú/UVA, Mestrado Acadêmico em Saúde da Família/MASF - Campus Sobral. Sobral (CE), Brasil. E-mail: elianyy@hotmail.com; ⁴Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná/UFPR. Curitiba (PR), Brasil. E-mail: mrlacerda55@gmail.com

INTRODUÇÃO

No início do século XX, a esperança de vida no país não passava dos 33.5 anos. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ela atingiu mais de 73 anos em 2009. A proporção de idosos subiu de 9,1% em 1999 para 11,3% em 2009, compondo hoje um contingente acima de 22 milhões de pessoas, superando a população de idosos de vários países europeus.¹

O envelhecimento é associado com a cronicidade e progressiva ocorrência de várias doenças. Isso representa um grande desafio para o cuidado, especialmente dos idosos mais frágeis e com novas necessidades. Também existe o desafio da sustentabilidade: a concorrência de várias doenças crônicas desencadeia um custo elevado do tratamento, efeito especialmente grave em tempos de crise econômica. Um dos pilares da estratégia de abordagem de doenças crônicas é a integração de cuidados, em um esforço para adaptar a organização dos serviços de saúde às novas necessidades dos idosos.²

Diante desse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi planejada para reorientar a atenção à saúde da população, fomentando a qualidade de vida, por exemplo, mediante a promoção do envelhecimento saudável. Como necessidades e demandas dos idosos variam, é preciso fortalecer o trabalho em rede para contemplar a atenção aos idosos saudáveis e atender àqueles com diferentes graus de incapacidade ou enfermidade, inclusive nos domicílios.³ O Ministério da Saúde (MS) define a Atenção Domiciliar (AD) às pessoas idosas como:

Um conjunto de ações realizadas por uma equipe interdisciplinar no domicílio do usuário/família, a partir do diagnóstico da realidade em que está inserido, de seus potenciais e limitações. Articulam promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, favorecendo assim, o desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a restabelecer sua independência e a preservação de sua autonomia.^{4:125}

O processo do cuidar em AD está interligado diretamente aos aspectos referentes à estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para essa assistência. Analisando a AD como modalidade de cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), pode-se afirmar que está em processo incipiente de implantação, caracterizando-se por possuir um conjunto de serviços que não utilizam indicadores e parâmetros comuns e pactuados.⁵

Devem-se considerar as especificidades inerentes à assistência domiciliar ao idoso, primeiramente com relação ao espaço de cuidado que passa a ser o domicílio e em segundo lugar os atores envolvidos que tendem a ter uma relação mais duradoura e conflituosa visto que envolve três entes responsáveis pelo processo saúde-adoecimento o idoso, o familiar/cuidador e o profissional de saúde.⁶

Assim, devido à importância da organização do cuidado domiciliar ao idoso e família na ESF, ampliando a integralidade na atenção à saúde e provocando mudanças na prática dos profissionais, destacando-se o grande número de idosos e familiares/cuidadores que não se sentem amparados pelo sistema/equipe de saúde esta pesquisa objetiva analisar a organização do cuidado na Atenção Domiciliar da Estratégia Saúde da Família a partir das perspectivas dos idosos e profissionais.

Este estudo mostra-se relevante visto a necessidade de melhorar o acesso e a qualidade das ações e serviços da ESF, dentre eles a AD aos idosos, por conta da demanda crescente de usuários para esta modalidade de serviço e do insuficiente apoio oferecido pelas equipes às famílias que se deparam com idosos dependentes de cuidados no domicílio.

MÉTODO

Estudo exploratório, de abordagem quanti-qualitativa. O campo de estudo foi a ESF do município de Sobral (CE), Brasil, composto por 34 Centros de Saúde da Família (CSF) e quatro macros áreas de saúde.

Reconhecendo a grande quantidade e diversidade de territórios da ESF de Sobral, foi utilizada a amostragem intencional, elegendo como critério de escolha a macro área que possuía o maior número de idosos de acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de 2013. Sendo assim, esta pesquisa foi realizada nos territórios da macro área II, incluindo seis CSF da sede do município. A coleta de informações foi desenvolvida no período de setembro de 2014 a março de 2015.

Foram estabelecidos como sujeitos da pesquisa os **profissionais de saúde** que compõem a equipe mínima da ESF: médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os **idosos** que recebem AD pelas equipes da ESF. Dessa forma, participaram do estudo vinte e oito profissionais da equipe mínima da ESF, sendo quatro enfermeiras, uma auxiliar de enfermagem e 23 ACS. Os idosos com idade a partir de 60 anos e

dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até a unidade de saúde foram incluídos no estudo totalizando sessenta e dois sujeitos.

A entrevista semiestruturada e o grupo focal foram às técnicas eleitas neste estudo para coletar as informações. As entrevistas foram realizadas no domicílio dos idosos, identificados a partir da ESF e utilizaram roteiro que continha questões objetivas e subjetivas relacionadas a AD na ESF. Ocorreram quatro grupos focais com os profissionais de CSF diferentes pertencentes à macro área II, na oportunidade da roda (espaço de reunião da equipe), onde foram escolhidos aleatoriamente e de acordo com a disponibilidade profissionais representando as diversas categorias utilizando-se também um roteiro de questões norteadoras.

A análise das informações se deu pela estatística descritiva e da codificação temática, este procedimento foi desenvolvido para estudos comparativos, nos quais os grupos em estudo são provenientes da questão de pesquisa, sendo, assim, definidos *a priori*. A questão da pesquisa é a distribuição social de perspectivas sobre um fenômeno ou um processo. A amostragem é voltada aos grupos cujas perspectivas sobre a questão pareçam

ser mais instrutivas para a análise, e que são, portanto, definidos antecipadamente.⁷

Em consonância com a Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/MS, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, esta pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UVA nº do CAEE = 31215114.9.0000.5053. Este artigo é um recorte da dissertação intitulada *Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família: análise das perspectivas de idosos, cuidadores e profissionais* apresentada ao MASF da UFC - Campus Sobral.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características da AD na ESF de Sobral- CE na perspectiva dos idosos atendidos

Inicialmente foi realizada uma descrição em forma de tabela das principais características da operacionalização da AD na ESF de Sobral segundo as perspectiva dos idosos atendidos.

Tabela 1. Características da Atenção Domiciliar realizada pela Estratégia Saúde da Família segundo os idosos atendidos. Sobral (CE), Brasil, 2015.

Característica	Quantidade	Porcentagem
Tempo de acompanhamento (anos)	N	%
<1	5	8,1
1 a 5	36	58,1
>5	11	17,7
>10	10	16,1
Frequência das Visitas Domiciliares (VD)	N	%
Semanal	8	12,9
Quinzenal	9	14,5
Mensal	23	37,1
Bimestral	2	3,2
Trimestral	7	11,3
Semestral	1	1,6
Anual	2	3,2
Não tem frequência definida	7	11,3
Não sabe informar	3	4,8
Tempo de duração das VD (minutos)	N	%
Até 15	8	12,9
15 a 30	26	41,9
30 a 45	18	29,0
45 a 60	6	9,7
Não são realizadas	3	4,8
Não sabe informar	1	1,6
Profissionais que realizam as VD	N	%
Médico	41	66,1
Enfermeiro	37	59,7
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	52	83,9
Auxiliar e/ou técnico de enfermagem	10	16,1
Outro	22	35,5
Nenhum	1	1,6
Total	62	100

Na tabela 1 pode ser visto que vários idosos foram inseridos na AD pela ESF nos últimos 5anos, evidenciando uma demanda crescente para essa modalidade de atenção. Além disso,

outros idosos já são acompanhados há mais de 10 anos pelas equipes da ESF no domicílio, o que reflete a importância da longitudinalidade do cuidado e da eficácia do atendimento. As

VD tem, em sua maioria, uma média de duração de 15 a 30 minutos, uma periodicidade mensal e são realizadas principalmente por ACS, médicos e enfermeiros, seguindo as recomendações do MS.⁸

Em alguns casos não há uma frequência definida para a realização das VD ou elas são feitas com um grande intervalo de tempo podendo comprometer a qualidade do cuidado e conseqüentemente o estado de saúde do idoso. A família e o cuidador da pessoa idosa necessitam de maior apoio da equipe de saúde para a realização dos cuidados pactuados. A visita domiciliar é uma ferramenta necessária na ESF, a qual é imprescindível à realização do cuidado integral, porém, não é realizada com a frequência necessária para um acompanhamento efetivo.⁹

Destaca-se a pequena participação dos auxiliares e técnicos de enfermagem durante as VD, no entanto, é necessário considerar que muitos usuários especialmente os idosos não conseguem diferenciar com exatidão os integrantes da equipe de enfermagem considerando todos como enfermeiros. É importante ressaltar que mais de um terço das VD contaram com outros profissionais além da equipe mínima reforçando o apoio de outros serviços para a ESF.

O cuidado desenvolvido ao idoso em condição de dependência é uma atividade que leva a mudanças na vida dos cuidadores, o que pode gerar estressores de ordem física, emocional e social. A enfermagem como elemento essencial da ESF, deve estar atenta às necessidades de saúde dos idosos dependentes, bem como, mais próxima dos cuidadores, no sentido de orientá-los, e acompanhar o cuidado realizado, a fim de oferecer suporte assistencial de forma integral, ou seja, ao idoso e sua família.¹⁰

A articulação inadequada das responsabilidades dos idosos, cuidadores e profissionais de saúde; a fragmentação do cuidado e a falta de comunicação entre os profissionais dos serviços de saúde e a comunidade podem contribuir para a hospitalização dos idosos em cuidados domiciliares. É necessário um acordo explícito sobre os papéis e responsabilidades, e uma coordenação entre todos os prestadores de cuidados a um idoso no domicílio.¹¹

◆ A perspectiva dos profissionais sobre a organização da AD ao idoso na Estratégia Saúde da Família de Sobral - CE

A partir do discurso dos profissionais buscou-se descrever a organização e o processo de trabalho da AD ao idoso no âmbito

da ESF de Sobral-CE. Foi identificado que o primeiro contato se dá com a família trazendo a demanda para o serviço, no qual a equipe procura se organizar para realização de uma Visita Domiciliar (VD), através dela avalia o estado de saúde do idoso e suas necessidades, elabora um plano de cuidados, Projeto Terapêutico Singular (PTS) ou realiza encaminhamentos para outros profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS) procurando manter um acompanhamento do idoso e família.

Esse primeiro contato também pode se dar com a procura da família pelo ACS, por conta de sua proximidade com o território, para levar a demanda de AD para a equipe, gerando a informação, o qual comunica ao enfermeiro responsável por aquela área que busca conhecer o caso e dependendo da necessidade mobiliza o médico, na tentativa de resolver o problema de saúde do idoso. Caso a equipe mínima não obtenha um resultado satisfatório, cria-se um plano de cuidados para levar ao domicílio a categoria profissional que poderá contribuir nas necessidades do idoso e família incluindo as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e do Programa Melhor em Casa.

Segundo o MS a identificação de uma pessoa idosa que necessite de assistência domiciliar na Atenção Básica (AB) parte de sua situação clínica, juntamente ao grau de perda funcional e dependência para a realização das Atividades da Vida Diária (AVD). Esses usuários podem ser identificados das seguintes formas: ser egressos de internação hospitalar ou domiciliar, por meio de visitas do ACS e por solicitação do próprio usuário, da família, de vizinhos, do hospital, entre outros.⁴

Com relação a demanda de trabalho, foi destacado que a procura maior é pelo profissional médico, seguido do fisioterapeuta, assistente social e nutricionista e também a importância destes profissionais no acompanhamento de idosos no domicílio, pois são pacientes portadores de doenças crônicas e agravos na saúde. A equipe reconhece que esses pacientes necessitam não apenas de uma visita domiciliar esporádica, mas de uma atenção domiciliar sistemática de acordo com as necessidades do paciente e capacidade da equipe.

Nesse sentido, as VD são realizadas mensalmente pelo ACS e de acordo com o estado de saúde do paciente, podendo se tornar constantes. Em algumas unidades de saúde existe a rotina da visita semanal ou mensal do auxiliar ou técnico de enfermagem para realizar a verificação de sinais vitais dos

idosos e caso identifique alguma alteração comunica o enfermeiro responsável por aquela família que também realiza uma VD para avaliar o estado de saúde do idoso e elaborar um plano de cuidados. Relatou-se também a transferência do caso do paciente pelo enfermeiro para outro profissional da equipe multidisciplinar sem sua prévia avaliação, simplesmente repassando as informações obtidas do ACS ou do auxiliar ou técnico de enfermagem.

Sendo assim, os idosos domiciliados são avaliados pelo enfermeiro em média a cada três ou quatro meses, embora as equipes desejem que essa avaliação seja mensal. O enfermeiro realiza atendimentos no domicílio através do Programa de Hipertensão e Diabetes (Hiperdia) prescrevendo medicações conforme estabelecido para pacientes portadores dessas patologias, além de solicitar exames laboratoriais quando necessário. Por conta da necessidade de renovação das receitas médicas a cada seis meses de acordo com o programa, as visitas médicas são realizadas semestralmente ou no caso de intercorrências.

Diante disso, é necessário refletir sobre o papel do enfermeiro enquanto produtor do cuidado e supervisor do trabalho dos ACS, auxiliares e técnicos de enfermagem, acompanhando as orientações fornecidas as famílias e também os procedimentos executados, especialmente na população idosa com comprometimento funcional.

A relação da enfermeira com o idoso e família precisa assumir um papel central em todo o processo de cuidados. A relação é simultaneamente o contexto de todos os cuidados e também um instrumento terapêutico. As enfermeiras constroem e reconstróem a avaliação e adaptam as intervenções às situações de saúde-doença que se vão confrontando.¹²

O processo do cuidar de idosos com algum tipo de dependência interfere também na qualidade de vida dos cuidadores. Assim, a enfermagem deve participar efetivamente da assistência ao idoso e ao seu cuidador, para orientá-los quanto às condutas adequadas, evitando evolução do quadro de dependência. Deve-se atentar, ainda, ao encaminhamento dos cuidadores aos serviços de saúde para que recebam o suporte necessário.¹³

Cuidados de enfermagem prestados em outros espaços extra hospitalares e focados em pessoas saudáveis ajudam a reduzir a sobrecarga do cuidador, exigindo o apoio permanente do enfermeiro. A diminuição na sobrecarga dos cuidadores e o aumento do grau de funcionalidade das famílias pode ser

alcançado após a realização das intervenções de identificação do papel de cuidador, estratégias de autocuidado, estratégias para prestar cuidados de qualidade, manejo de conflitos intrafamiliares, comunicação, relaxamento e habilidades de cuidado.¹⁴

Ao relatar o processo de trabalho da equipe no contexto da AD, os profissionais reforçaram, a questão das orientações a cuidadores e idosos buscando a qualificação do cuidado através do esclarecimento, a construção da multiprofissionalidade de acordo com a necessidade do idoso, a importância dos retornos, *feedbacks* entre as categorias profissionais para a continuidade da assistência e a realização das VD sem aviso prévio as famílias, buscando observar o cotidiano da estrutura familiar e o cuidado prestado ao idoso. Nesse sentido, se as famílias tivessem maior assistência por parte dos profissionais de saúde, em relação ao suporte emocional, sobrecarga do cuidador, e ensinamentos sobre a doença do seu parente, os relacionamentos seriam mais firmes, com menos atrito, e haveria maior participação dos familiares no processo saúde-doença vivido pelo idoso.¹⁵

A promoção da qualidade nos cuidados domiciliares a idosos dependentes apoia-se na dinamização de “parcerias” incluindo enfermeiro, paciente e sua família e entre a equipe multidisciplinar de cuidados.¹⁶ Assim, observou-se na ESF de Sobral uma preocupação das equipes com a construção da multiprofissionalidade de acordo com a necessidade do idoso, reforçando a importância da comunicação e da contribuição das categorias profissionais para a integralidade do cuidado, principalmente com a realização do PTS para os casos mais complexos.

O Projeto Terapêutico Singular é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. O PTS contém quatro momentos: o diagnóstico, a definição de metas, a divisão de responsabilidades e a reavaliação.¹⁷

É necessário que as equipes de ESF realizem um acompanhamento sistemático do cuidado ao idoso e família, com supervisão, pactuação de objetivos, metas e atribuições entre os envolvidos para que a família retome o seu papel como provedora de cuidados contando com a ajuda do sistema de saúde.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, é importante reforçar o papel das equipes da ESF no treinamento e supervisão dos cuidadores, visto que o profissional somente vai conquistar a autonomia do cuidado da família quando o cuidador for incorporado no processo de trabalho das equipes, mostrando pra ele o seu papel, levando em conta as questões ético-legais existentes no cuidado domiciliar, pois muitas atividades exigem conhecimento científico e a equipe simplesmente ensina e delega a família.

É preciso refletir sobre as ações intituladas de visita domiciliar, pois essa ferramenta da ESF precisa ter uma construção, para determinar uma AD ela precisa de algumas características como periodicidade, objetivos, profissionais e ações bem definidos para a estruturação de um plano de cuidados. Percebeu-se também a necessidade de aumentar a frequência das avaliações pela equipe de enfermagem.

Enfim, este estudo proporcionou um diagnóstico da AD ao idoso para o sistema de saúde de Sobral e trouxe algumas contribuições para a gestão da ESF como a necessidade de sensibilização dos profissionais, especialmente os enfermeiros sobre a relevância e especificidades do cuidado domiciliar ao idoso e cuidador/família.

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. *Cad saúde pública* [Internet]. 2012 Feb [cited 2016 Mar 18]; 28(2): 208-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n2/01.pdf>.
2. Carretero-Alcántara L, Comes-Górriz N, Borrás-López A, Rodríguez-Balo A, Seara-Aguilar G. Integración clínica en el paciente crónico. *Enferm clín* [Internet]. 2014 Feb [cited 2016 Mar 18];24(1): 35-43. <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-integracion-clinica-el-paciente-cronico-S1130862113001940>
3. Motta LB, Aguiar AC, Caldas CP. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. *Cad saúde pública* [Internet]. 2011 Apr [cited 2016 Mar 18];27(4):779-86. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000400017.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Atenção Domiciliar. Manual Instrutivo de Monitoramento e Avaliação do Programa Melhor em Casa. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
6. Vieira CPB, Fialho AVM, Freitas CHA, Jorge MSB. Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. *Rev bras enferm* [Internet]. 2011 June [cited 2016 Mar 18];64(3): 570-79. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300023.
7. Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa; tradução Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. 2011 [cited 2016 Mar 18]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
9. Santos RS, Oliveira JMM, Fernandes FM, Farias PHF, Araújo AM, Menezes RMP. Ther home care for the elferly person from the perspective of the nursing professionals. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2013 Mar [cited 2016 Mar 18];7(3):697-705. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/viewArticle/3655>
10. Almeida L, Azevedo RCS, Reiners AAO, Sudré MRS. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de Saúde da Família. *Texto & contexto enferm* [Internet]. 2012 Sept [cited 2016 Apr 05]; 21(3):543-48. Available from: http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S010407072012000300008&lng=en.
11. Shih AF, Buurman BM, Tynan-McKiernan K, Tinetti ME, Jenq G. Views of Primary Care Physicians and Home Care Nurses on the Causes of Readmission of Older Adults. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2015 Oct [cited 2016 Nov 10];63(10):2193-6. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.13681/full>
12. Gago EA, Lopes MJ. Cuidados domiciliares: interação do enfermeiro com a

pessoa idosa/família. Acta paul enferm [Internet]. 2012 [cited 2016 Mar 22];25(spe1):74-80. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002012000800012&lng=en.

13. Cartaxo HGO, Gaudêncio MMP, Araújo RA, Abrão FMS, Freitas CMSM. When the care hurts: identifying the feelings of the caregivers. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 Jan [cited 2016 Mar 22];6(1):89-96. Available from:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/2084>

14. Sánchez RT, Molina EM, Gómez-Ortega OR. Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. Rev Cuid [Internet]. 2016 [cited 2016 Nov 11];7(1): 1171-84. Available from:

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.251>

15. Linhares JC, Oliveira EN, Freitas CASL, Shinkai Hirok, Lira TQ. Condições sociais e de saúde de idosos acompanhados pela Atenção Primária de Sobral - CE. Rev RENE [Internet]. 2011 [cited 2016 Mar 22];12(spe):922-9. Available from:

http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_esp.pdf/a05v12esp_n4.pdf

16. Carvalhais M, Sousa L. Qualidade dos cuidados domiciliares em enfermagem a idosos dependentes. Saúde Soc [Internet]. 2013 Mar [cited 2016 Mar 22]; 22(1): 160-72. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000100015&lng=en.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2nd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

Submissão: 22/07/2016

Aceito: 22/12/2016

Publicado: 15/01/2017

Correspondência

Emanoel Avelar Muniz
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE) - Campus Tianguá
Coordenadoria de Assuntos Estudantis
Rodovia CE 187, s/nº
Bairro Aeroporto
CEP: 62320-000 – Tianguá (CE), Brasil